



**Universidade de  
Aveiro**  
Ano 2015

Departamento de Educação

**MARIA DO CARMO  
DUARTE GOMES DE  
OLIVEIRA TOMÉ**

**A INFLUÊNCIA DA VIA DE PARTO NO  
AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DA MULHER  
PORTUGUESA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre, em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

Presidente

**Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Ana Albertina Fernandes Palheiros Conde**  
Professora Associada da Universidade Portuguesa Infante D. Henrique

**Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires**  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Ana Carla Seabra Pires Torres pela disponibilidade, colaboração, atenção, carinho e paciência e a todas as participantes que colaboraram no estudo, pois sem elas não seria possível a realização deste projeto.

Agradeço de modo muito especial e dedico este trabalho aos meus três filhos e ao meu marido que apesar das dificuldades sempre me apoiaram e tentaram perceber a importância desta formação para mim, sobretudo pelo tempo que me disponibilizaram para que fosse possível tornar este sonho realidade.

Agradeço a todos os meus amigos, o apoio e as palavras de incentivo que me dedicaram e sobretudo por acreditarem em mim e nas minhas capacidades.

Agradeço a Deus, pelas vezes que me amparou, me deu coragem e força para não desistir deste projeto.

**palavras-chave**

Via de parto, ajustamento psicológico no pré e pós-parto, satisfação com o parto.

**resumo**

Em Portugal são escassas as investigações que estudam a influência da via de parto no ajustamento psicológico. A presente investigação teve como principal objetivo estudar a influência da via de parto no ajustamento psicológico da mulher no pós-parto e na satisfação com o parto.

A amostra foi composta por 100 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos, recrutadas no Centro Hospitalar de S. João no Porto, EPE ( a quem devo dar os parabéns pela considerável amostra principalmente no contexto hospitalar e num momento em que tantas investigações são apresentadas aos utentes), que preencheram: o Questionário Sociodemográfico; a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM); o Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário de qualidade de vida (Whoqol-bref), num primeiro momento. Num segundo momento, preencheram um questionário clínico; a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), novamente o BSI; o Whoqol-bref e o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).

Os resultados revelam que tanto as mulheres sujeitas a parto normal como a cesariana apresentam pior QDV no pós parto. É importante referir que as participantes que não tiveram o parto de acordo com as suas preferências apresentam valores mais elevados no domínio “preocupações”. Também se verificou que um bom ajustamento psicológico nas mulheres, se reflete numa melhor QDV. Quanto à escolaridade, níveis mais baixos de habilitações literárias, contribuem para níveis de “ansiedade fóbica” mais elevados e menor QDV (foi controlado um possível efeito mediador).

Por último, é pertinente salientar que o suporte por parte do companheiro parece contribuir para a satisfação com o parto.

Implicações: necessidade de acompanhamento psicológico e adequação às necessidades sentidas nesta fase desenvolvimental de modo a proporcionar um melhor ajustamento psicológico numa etapa que por si só se apresenta imbuída de vulnerabilidade.

**keywords**

Type of delivery, psychological adjustment before and after delivery, satisfaction with delivery.

**abstract**

In Portugal, there is a little research to study the influence of mode of delivery on psychological adjustment. This research aimed to study the influence of mode of delivery on the psychological adjustment of women in postpartum and satisfaction with childbirth.

The sample consisted of 100 women aged 18 to 43 years, recruited in the Hospital of S. João no Porto, EPE, who filled out a sociodemographic questionnaire; Pregnancy and Maternity Attitudes Scale (EAGM); the Brief Symptom Inventory (BSI) and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), at first. Secondly, they completed a clinical questionnaire; the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), BSI; the WHOQOL-BREF and the Experience and Satisfaction with Childbirth Questionnaire (QESP).

The results show that both women undergoing vaginal delivery and caesarean section have worse QOL postpartum. It should be noted that the participants who did not have birth according to your preferences have higher values in the field "concerns." It was also found that a good psychological adjustment in women, is reflected in better QOL. As for education, lower levels of education, contribute to higher levels of "phobic anxiety" and lower QOL (a possible mediating effect was controlled).

Finally, it is pertinent to note that the support from fellow seems to contribute to satisfaction with childbirth.

Implications: the need for psychological support and adaptation to the needs felt in this developmental phase to provide better psychological adjustment in a step which in itself presents vulnerability imbued.

## Índice

Introdução	01
Método	05
Participantes	05
Instrumentos	12
Questionário sociodemográfico e Clínico	12
Questionário de qualidade de vida da OMS	13
Escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade	13
Escala de depressão pós-parto de Edimburgo	14
Questionário de experiência e satisfação com o parto	14
Inventário de sintomas psicopatológicos	15
Procedimentos	15
Resultados	16
Discussão	27
Referências Bibliográficas	31

## Índice de Quadros

Quadro 1.....	6
Quadro 2.....	8
Quadro 3.....	8
Quadro 4.....	9
Quadro 5.....	10
Quadro 6.....	10
Quadro 7.....	11
Quadro 8.....	12
Quadro 9.....	16
Quadro 10.....	17
Quadro 11.....	18
Quadro 12.....	19
Quadro 13.....	20
Quadro 14.....	21
Quadro 15.....	22
Quadro 16.....	23
Quadro 17.....	25
Quadro 18.....	26
Quadro 19.....	27

## **Lista de Abreviaturas**

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

DP – Desvio Padrão

DPP – Depressão pós -parto

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade

EPDS - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

EPE - Entidade Pública Empresarial

F - Anova

M – Média

N – Número de participantes

OMS – Organização Mundial de Saúde

p - Valor de significância estatística

QDV – Qualidade de vida

QESP - Questionário de experiência e satisfação com o parto

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL – BREF - Questionário de qualidade de vida



## Introdução

A transição para a parentalidade exige mudanças a diversos níveis, em que ambos os membros do casal têm de se ajustar às transformações ocorridas não apenas no corpo materno, mas também como resultado da mudança de papéis e da adaptação a situações ocorridas durante a gravidez, o parto e o pós-parto (Conde & Figueiredo, 2007).

Na atualidade são disponibilizadas várias vias de parto, mas podemos abordá-las sob dois grandes grupos, o parto por via natural ou com recurso a cesariana. Quanto à primeira, pode decorrer de forma espontânea ou instrumentada, e à segunda, pode dever-se à preferência da futura mãe (cesariana eletiva), por situação de urgência ou por tentativa frustrada de indução do trabalho de parto. O parto normal pode ser denominado natural, eutócico ou distócico, se necessitar de ajuda instrumental, nomeadamente com ventosa ou fórceps (Machado, 2005). Consiste num processo que tem a finalidade de expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, finalizando a gravidez (Lowdermilk 2008). A cesariana envolve o parto cirúrgico, através de incisões na parede abdominal e uterina e é considerada necessária em determinadas condições, para proteger a saúde ou a sobrevivência da criança ou da mãe (Murphy, 2001; Murphy, Liebling, Patel, Verity, & Swingler, 2003, cit. por Lobel & DeLuca; 2007).

Perante as preferências, durante a gravidez a futura mãe constrói expectativas relativamente ao modo como será a sua experiência de parto (Pacheco, Figueiredo, Costa, & Pais, 2005). Estas influenciarão o modo como o parto será experienciado e percebido, sendo o tipo de parto um dos fatores que mais influencia a percepção que as mulheres têm da sua experiência de parto (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007). Associado à preferência das vias de parto, convém referir, que alguns estudos demonstram que a maioria das parturientes (67% das mulheres) prefere o parto normal, sendo que a maioria das grávidas é motivada pelo desejo de um parto mais “natural” e fisiológico (Figueiredo et al. 2010; Iorra et al., 2011). A literatura refere, para além desse motivo, outras variáveis que influenciam a preferência pelo parto normal, a recuperação mais rápida e o desejo de um parto sem intercorrências (Figueiredo et. al, 2010; Melchiori et. al, 2009; Siqueira, Peixoto & Martins, 2012). As variáveis que influenciam a preferência pela cesariana são: o medo do parto normal (Figueiredo et al. 2010; Iorra et al., 2011), a influência familiar, o desejo de realizar laqueação e uma cesariana anterior (Dias et. al., 2008; Pang, Leung, Lau, & Hang Chung 2008; Pereira, Silva & Carvalho Júnior, 2011). Além destes fatores são referidos na literatura a preocupação com a segurança fetal, o bem-estar e a comodidade de ambos (Bryant et al., 2007; Fenwick et al., 2008, cit. por Faisal et al, 2014).

Verificamos em vários estudos que existem outros fatores de igual modo importantes para a percepção da mulher acerca da experiência de parto que devem ser mencionados, nomeadamente, os seguintes: a participação ativa da mulher no processo do nascimento (Green & Boston, 2003); a presença ou não de uma figura de suporte significativa (Brazelton, 1981; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Marut & Mercer, 1979) e a utilização de anestesia (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007; Costa et al., 2004).

Como já foi referido anteriormente, as expectativas e representações perspectivadas à volta do parto influenciam a vivência do mesmo, porém a experiência e consequentemente o grau de satisfação da grávida podem não ser bem sucedidos, assumindo uma dinâmica peculiar e única (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003), tornando mais difícil o bem-estar psicológico e emocional da mulher na transição para a

maternidade. Tal fato é especialmente observado quando o tipo de parto não é ditado pela preferência da mulher, mas sim pelas normas do hospital, não existindo controle por parte da mesma aquando do momento do parto (Brown & Lumley, 1994, 1998; Kabakian-Khasholian, Campbell, Shediak-Rizkallan, & Ghorayeb, 2000; Turnbull et al., 1999, cit por Lobel & DeLuca; 2007). Tal ocorre, por exemplo, nas circunstâncias em que as cesarianas não são planeadas, em que as parturientes referem menor satisfação no que concerne à informação dada pelos médicos, relatando mais sentimentos negativos comparativamente com as mulheres que tiveram parto normal (Rizk, Nasser, Thomas & Ezimokhai, 2001). Ou seja, as mulheres sujeitas a cesariana percebem esta via como negativa e associam-na a uma experiência global menos positiva, em comparação com as parturientes que tiveram um parto normal (Conde et al., 2007). Não sendo perspectivada esta via, é compreensível que uma cesariana não planeada, em que a mulher não participa de forma ativa na decisão por esta via, possa ser vista como algo que vai frustrar as expectativas da mulher, para além de ser um acontecimento inesperado, o que é, por si só, difícil de lidar (Gamble & Creedy, 2001). No entender de Wrigth (2010), os efeitos psicológicos adversos para a mulher nas situações de cesariana de emergência, são essencialmente a percepção negativa do parto e/ou sentimento de perda do que foi planeado. Noutros estudos, verifica-se uma maior satisfação com o parto das parturientes que receberam anestesia epidural, bem como, uma relação mais adequada com o bebé, quando comparadas com as que tiveram qualquer tipo de parto sem analgesia e do que as que realizaram parto por cesariana com anestesia geral (Costa et al., 2003). Verifica-se ainda que o parto normal com anestesia epidural é normalmente vivenciado de modo mais positivo, enquanto a cesariana é associada a menor satisfação com a experiência (Costa et al., 2003).

Diversos estudos em que se compararam mulheres que tiveram parto por via normal com as mulheres submetidas à cesariana, concluem que as mulheres sujeitas à cesariana sentem mais dor no pós parto (Nikolajsen, Sorensen, Jensen, & Kehlet, 2004, cit. por Lobel & DeLuca; 2007), apresentam uma recuperação mais prolongada e difícil (Murphy et al., 2001; Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002, cit. por Lobel & DeLuca, 2007) e têm maior probabilidade de complicações obstétricas e, de ter um parto por cesariana em gestações subsequentes (Hemminki & Meriläinen, 1996; Lydon-Rochelle, Holt, Easterling, & Martin, 2001, cit. por Lobel & DeLuca; 2007). Quanto à realização de uma cesariana sem indicação médica, existem alguns estudos que referem que este método não oferece vantagens para a saúde da mãe e do bebé, mas aumenta os riscos de saúde, no que se refere aos aspetos físicos e emocionais, em comparação com o parto normal (McFarlin, 2004; Armson, 2007, cit. por Faisal, Matinnia, Hejar, & Khodakarami, 2014). Apesar destes dados, continua a verificar-se a realização de cesariana por solicitação materna, que parece ser uma das principais razões para a cesariana sem qualquer indicação médica (Nerum et al., 2006; Weaver et al., 2007; Young, 2006; Zwelling, 2008, cit. por Faisal et al, 2014). Este fato também tem sido atribuído a alterações na prática obstétrica, à proteção contra a negligência, a incentivos financeiros, a alterações nas tendências e características das parturientes, incluindo um maior número de mulheres com idade avançada e excessivo aumento de peso com a gravidez (Luthy, Malmgren, Zingheim, & Leininger, 2003; Rosenberg, Garbers, Lipkind, & Chiasson, 2005; Villar et al., 2006; Xirasagar, Lin, e Liu, 2006, cit. por Lobel & DeLuca, 2007). Além dos fatores referidos, algumas mulheres também acreditam que o parto normal altera a sua vida sexual, provoca deformação corporal e que a cesariana evita lesões vaginais e disfunção sexual (Kwee et al., 2007; Wiklund et al., 2007, cit. por Faisal et al, 2014). Muitas

mulheres, tanto primíparas como múltiparas acreditam que a cesariana é segura para a mãe e bebê (Zwelling, 2008, cit. por Faisal et al, 2014), e que o parto normal conduz a riscos complicados ou prolongados e trauma físico (Pakenham et al., 2006; Waldenströmet al., 2006; Wiklundetal., 2008, cit. por Faisal et al, 2014). Também é frequente as múltiparas escolherem a cesariana devido a uma cesariana anterior ou a uma experiência negativa e complicações durante a gravidez (Pakenhametal, 2006; Waldenströmet al., 2006; Weaver et al., 2007, cit. por Faisal et al, 2014). No entanto, há autores que referem que as mulheres que solicitam a cesariana desconhecem as condições em que deve ser realizada, incluindo mal-entendidos sobre se é medicamente necessária e sobre os riscos e vantagens relativas ao parto cirúrgico (Gamble & Creedy, 2000, 2001, cit. por Lobel & DeLuca, 2007). Gamble e Creedy (2001), também fazem referência ao facto de que as parturientes estarem muitas vezes pouco informadas acerca dos riscos associados à cesariana, e à possibilidade consequente de subestimar a insegurança da mesma, acrescentando que as mulheres cuja preferência recai sobre este tipo de parto são geralmente mais ansiosas, preocupadas e depressivas.

Relativamente aos profissionais de saúde que se manifestam a favor do parto via cesariana a pedido da mulher, referem que este tipo de parto possibilita que se planeie o parto com maior precisão, permitindo às mães que apresentam um medo doentio e patológico do parto por via natural contornarem tal situação, o que se reflete numa diminuição da ansiedade e do medo, reduzindo inclusivamente a probabilidade dos profissionais de saúde serem alvo de um processo disciplinar (Penna & Arulkumaran, 2003). O debate sobre as melhores práticas (parto vaginal versus cesariana) para minimizar a morbilidade pós-natal é ainda um motivo de controvérsia, tanto do ponto de vista dos profissionais (Anderson, 2004), como em relação à percepção das mulheres sobre a experiência do parto (Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008).

Dada a vulnerabilidade a que a mulher está sujeita nesta fase, a Direção-Geral de Saúde (2005) aponta uma série de situações e sinais de risco para a saúde mental no período da gravidez e no pós parto e alertam para necessidade de deteção e intervenção precoce dos profissionais de saúde. Estas indicações vão no seguimento do conhecimento de que o período pós-parto ou puerpério corresponde a uma fase de alteração emocional provisória, onde existe uma maior vulnerabilidade psíquica (Sarmiento & Setúbal, 2003). Esta ideia é suportada por vários autores que salientam que o nascimento do bebê é uma fase que desperta muitas ansiedades e potenciais sintomas depressivos (Isserlis, Dallay-Sutter, Dugnat, & Glangeaud-Freudenthal, 2008; Sarmiento & Setúbal, 2003). Alguns autores referem ainda que a maioria das depressões ocorre durante o período pós-parto (Barrett et al, 2000) e apresenta maior frequência nas primíparas (Boyce, 2003). Noutra pesquisa, 73% das mulheres que participaram no estudo, entre os dezasseis e os quarenta anos, avaliadas depois de três e seis meses após o parto, com a Escala da depressão pós-parto Edinburgh (EDPS), verificou que 33% das mulheres dessa amostra apresentavam sintomatologia depressiva (Coutinho, Baptista & Moraes, 2002). Esta patologia, nos Estados Unidos está presente em cerca de 10 a 20% das mulheres nos primeiros seis meses pós-parto (Clay & Seehusen, 2004). Em Portugal, a prevalência de depressão pós-parto (DPP), de acordo com Costa, Pacheco, & Figueiredo, (2007), varia entre 6,5% e 27,5%, uma amplitude justificada pelas diversas metodologias de investigação utilizadas. De acordo com Thompson e Bukowski (2007) ocorre em cerca de 50% das puerperas e está relacionada com alterações hormonais decorrentes do trabalho de parto. Tem início em 50% das situações, na primeira semana do puerpério e o seu diagnóstico é consolidado entre o terceiro e o nono mês (APA, 2006; ARHP, 2006). O

DSM-IV-TR, refere no entanto, que a DPP tem início nas quatro semanas seguintes ao parto (APA, 2006). A este propósito, Figueiredo (2001) refere que nos primeiros seis meses após o parto, as alterações psicológicas na mulher são superiores às de outros momentos da vida, sendo as primíparas as que têm cerca de duas vezes mais probabilidades de desenvolverem perturbações psicológicas do que as múltiparas. Também é importante mencionar que as mulheres com história de depressão são mais propensas a terem depressão pós-parto, representando aproximadamente metade dos casos (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, cit por Houston et al., 2014). De entre os principais sinais da DPP, destacam-se os seguintes: a) crises de choro, quase todos os dias e que são frequentemente escondidas; b) sentimento de esgotamento; c) fadiga relacionada com os cuidados a ter com o bebé; d) impressão de ser incapaz de responder às necessidades do bebé; e) perda de prazer em cuidar do bebé e f) irritabilidade ou por vezes alguma agressividade, geralmente dirigida ao companheiro ou a outros filhos (Isserlis et al., 2008). A literatura, também refere que existem fatores que contribuem para a DPP, a saber: a ausência de suporte familiar por parte do companheiro e de figuras femininas significativas (familiares ou amigas), a inexistência de ajuda prática efetiva (Boyce, 2003) e o fato das mulheres não planearem a gravidez (Carvalho, Loureiro & Simões, 2007; Najman, Morrison, Williams, Andersen & Keeping, 1991; Schwarz, Smith, Steinauer, Reeves e Caughey, 2008, cit por Pereira e Canavarro, 2012). Poderemos então constatar que as mulheres que têm maior suporte social, beneficiam de um melhor ajustamento emocional, já que apresentam menor ansiedade, menos sintomas depressivos e menor sensibilidade ao *stress*, funcionando o apoio social como fator de proteção para perturbações psicopatológicas no pós-parto (Figueiredo, 2005a; Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006).

Os vários fatores indutores de stress (trabalho exigente e stressante durante a gravidez; situações inesperadas e desconhecidas; aborrecimentos diários; problemas de saúde materna ou fetal; medo do parto), associados à gravidez e parto, podem determinar a qualidade de vida (QDV) das mulheres nesse período. E no período pós-natal, a QDV da mãe está também sob a influência de fatores médicos, psicológicos e sociais, associados ao parto (idade da mãe, saúde física durante o período pré-natal, crenças, interesses e temperamentos) (Kaur e Kaur, 2012). Para além destes, é importante referir que determinados parâmetros sócio-demográficos influenciam negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde no período pós-parto, entre eles destacam-se: a etnia negra (Lamarca, Leal Mdo, Leao, Sheiham & Vettore, 2012); a baixa escolaridade (Wik, Enden, Jacobsen & Sandset, 2011); os baixos rendimentos (Akyn, Ege, Kocodlu, Demiroren & Yilmaz, 2009) e o fato de haver outros filhos mais velhos em casa (Akyn et al, 2009). O período pós-natal é definido como o período relativo aos seis meses após o parto no entanto, alguns estudos longitudinais, que avaliaram a QDV das mães, referem problemas físicos e de ansiedade em 50% das mulheres um ano após o parto, persistindo alguns dos sintomas até aos 18 meses, no caso da via de parto por cesariana (Lee e Lee, 2007). Num estudo, de Torkan e colegas (2009), citado por Kalagac Fabris (2011), em que avaliam a QDV em 100 mulheres em intervalos de 8, 12, e 14 semanas, os resultados indicam que o parto normal foi associado a uma melhor QDV e saúde física, em comparação com a cesariana. Também referem que a cesariana pode deteriorar a QDV das mães devido a complicações cirúrgicas e ao fato de envolver mais tempo de hospitalização. Numa investigação onde se procedeu à comparação de três vias de parto (normal, cesariana eletiva e de emergência) verificou-se que as pacientes após o parto normal apresentaram maior QDV em termos de saúde física em comparação com a cesariana,

enquanto a QDV relacionada com a saúde mental é semelhante nos três grupos (Jansen, et al., 2007). Estes resultados aparentemente discrepantes poderão dever-se ao fato de as mulheres estarem em fase de recuperação pós parto e se encontrarem deprimidas. Pois a QDV relacionada com a saúde está comprometida em mulheres com complicações no período pós-parto como a depressão (Da Costa et al, 2006; Zubaran & Foresti, 2011; Setse et al, 2009), e patologia física (Hatem, Fraser & Lepire, 2005; Lo et. al., 2010; Wik et al, 2011). Há outros estudos que referem que o período pós-parto é um momento em que as mulheres apresentam numerosos problemas físicos ou psicossociais, tais como fadiga / cansaço físico, dor, preocupações relacionadas com o sexo, hemorroidas / obstipação, problemas com a amamentação, ansiedade, *stress*, depressão, perturbações do sono, sangramento, endometriose, incontinência urinária, desordens pós-traumáticas relacionadas com o *stress*, aumento de trabalho e diminuição do tempo para si própria (Cheng e Li 2008; Who, Unicef e Unfpa 2003; Williams, Herron-Marx e Carolyn, 2007). Com uma prevalência de 60-70%, a fadiga é o sintoma mais frequente 1 ano após o parto (Brown e Lumley, 2000; Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong & Ancel, 2000). Desde que as mulheres no período pós-parto tenham que lidar com todas essas mudanças, a sua QDV e estado de saúde são severamente afetados (Hammoudeh, Mataria, Wick & Giacaman, 2009).

Em Portugal ainda são escassos os estudos sobre a influência da via de parto no ajustamento psicológico da mulher portuguesa. Em cumprimento dos pressupostos inerentes a um trabalho científico com especial cuidado imputado à apresentação do racional teórico que fundamenta a proposta dos objetivos de estudo e dada a pertinência dos mesmos, com clara relevância para a prática nas clínicas obstétricas e apoio durante este período vital do desenvolvimento dos sujeitos, propomos-nos a estudar as seguintes relações entre as variáveis:

- a) a evolução do ajustamento psicológico da mulher do pré para o pós parto (avaliado pela sintomatologia psicopatológica e pela qualidade de vida nas que fizeram cesariana e nas que fizeram parto normal);
- b) o efeito da via de parto no ajustamento psicológico da mulher no pós-parto e na satisfação com o parto;
- c) a influência da preferência das mulheres grávidas relativamente à via de parto no ajustamento psicológico no pós-parto e na satisfação com o parto;
- d) a ligação do ajustamento psicológico à satisfação com o parto;
- e) a associação entre as atitudes em relação à gravidez e à maternidade e o ajustamento psicológico e a satisfação no pós-parto;
- f) a relação da escolaridade com o ajustamento psicológico no pós-parto;
- g) o efeito da paridade e da relação com o companheiro no ajustamento psicológico no pós-parto.

## **Método**

### **Participantes**

Este estudo foi realizado com uma amostra de 148 mulheres, no primeiro momento de avaliação, sendo que apenas 100, estiveram presentes no segundo momento e aceitaram colaborar de forma voluntária em ambos os momentos deste projeto. A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Abril de 2015, na sala de espera da consulta externa de Obstetrícia e no piso 5 na Maternidade do Hospital de S. João, EPE. Os critérios de

inclusão para a seleção da amostra foram os seguintes: estar grávida de pelo menos de 36 semanas, e saber ler e escrever. Os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos e ter doença mental grave. O grupo definitivo que participou neste projeto constituído por 100 mulheres, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos, sendo a média de idades de 31.68 anos (DP= 4.90). A maioria das mulheres (47%) eram naturais do distrito porto, casadas (54%); coabitava com o companheiro há cerca de 5 anos (45%); estavam empregadas (90%); possuíam estudos universitários ou pós graduação (46%), não apresentavam problemas psicológicos (93%); e não tomavam qualquer tipo de medicação (83%). Quanto ao consumo de substâncias, 48% tomava café; 90% não consumiam álcool e 4.7% eram fumadoras. A média de cigarros consumida por dia era de 4.45 (DP = 0.89). A gravidez atual tinha sido planeada pela maioria dos casais (76 %) e para a maioria das mulheres a gravidez foi espontânea (91 %), sendo que a maioria era multípara (57%) e não tinham tido abortos anteriores (85%). A gravidez atual foi confirmada em casa por 81% das mulheres, foi acompanhada pelo médico de família e pela obstetra no hospital simultaneamente em 43% dos casos, sendo referido por 51% das participantes como motivo da consulta nesse hospital, o fato de serem encaminhadas pelo médico de família. 43 % encontravam-se entre as 36 e as 37 semanas de gestação. A maioria (76%) refere que gostaria de escolher a via de parto e a escolha recai sobre o parto normal. De entre os motivos apresentados para a escolha da via de parto e que variam em função do tipo de parto, destacam-se as mais apontadas: preferência por um parto mais fisiológico e natural (N=57); questões de saúde que podem levar a complicações durante o parto (N=42); expectativas de uma recuperação mais fácil (N=30) ou mais rápida (N=28); expectativas de menor sofrimento (N=28), de maior tranquilidade (N=23), de mais segurança (N=18), de maior conforto (N=14) ou de menor tempo de hospitalização (N=10). A maioria destas mulheres tiveram aulas de preparação para o parto (54%) e procuraram informações sobre as vias de parto (70%). Do apoio que receberam nesta fase, destaca-se o do companheiro (22%), sendo que a maioria se encontrava muito satisfeita com a ajuda recebida (88 %). É importante mencionar que a maioria referiu sentir um nível de satisfação (avaliado entre: muito; razoável e nada) muito bom na relação com o companheiro (95%). Da amostra, uma mulher refere episódios anteriores de ansiedade e quadro de patologia depressiva. Outras patologias foram encontradas, a saber: 16 % da amostra tinha diagnóstico de diabetes gestacional; 11% de carcinoma papilar ou lúpus. Apenas 7% tomam medicação para a gravidez e 20% toma medicação para outra patologia. Para uma descrição mais pormenorizada pode-se consultar o Quadro 1.

A idade dos companheiros variou entre os 19 e os 54 anos, sendo a média de idade de 33.94 anos (DP=6.74). A maioria (55%) eram naturais do distrito Porto e possuíam formação universitária ou pós graduada (40%). A maioria não consumiam álcool (56 %) nem fumavam (68%), apenas tomavam café (74 %). Relativamente a psicopatologia, quatro homens referem ter tido episódios de ansiedade e quatro referem ter patologia depressiva (cf. Quadro 1).

**Quadro 1- Caracterização sócio-demográfica: grávidas e companheiros**

	<b>Grávidas</b> (N=100) %	<b>Companheiros</b> (N=100) %
<b>Grupos etários (anos):</b>		
19-30	34	33
31-39	62	49
>=40	4	18



<b>Naturalidade</b>		
Europa	97	93
Outros	3	7
<b>Estatuto ocupacional</b>		
Profissões das forças armadas		1
Especialistas das atividades intelectuais e científicas		27
Técnicos e profissões de nível intermédio	25	19
Pessoal administrativo	19	13
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção	12	2
Agricultores e trabalhadores qualificados	1	2
Trabalhadores qualificados da indústria	2	10
Operadores de instalações e máquinas	5	3
Trabalhadores não qualificados	1	20
Desempregados	25	2
Estudantes	10	1
<b>Anos de estudo</b>		
1º - 4º anos	0	4
5º - 6º anos	8	5
7º - 9º anos	19	18
10º - 12º anos	27	33
Estudos Universitários	30	21
Formação pós-graduada	16	19
<b>Consumo de substâncias</b>		
Álcool Diário	1	9
Álcool Socialmente	9	34
Café	48	73
Drogas	0	1
Tabaco	5	31

Com o objetivo de continuar a caracterizar a nossa amostra, optámos por comparar as médias obtidas na nossa investigação com as médias da população de validação Portuguesa de cada um dos instrumentos utilizados no estudo das nossas variáveis.

A amostra utilizada na validação do Whoqol-bref, era constituída por dois grupos, o de controlo, composto por 315 indivíduos que responderam negativamente às questões de doença crónica; toma de medicação regular e consultar um técnico de saúde no último mês e o grupo clínico, que era constituído por 289 indivíduos provenientes de vários serviços, nomeadamente: psiquiatria, medicina/reumatologia e ortopedia/oncologia. Cento e oitenta indivíduos tinham menos de 45 anos e os restantes cento e trinta e cinco, tinham mais de 45 anos de idade, sendo que cento e quarenta e cinco indivíduos eram do sexo masculino e cento e setenta, do sexo feminino. Desta amostra, cento e cinquenta e três participantes eram detentores de formação universitária.

Começamos por comparar a média da QDV que obtivemos no pré parto com a média da amostra utilizada na validação do Whoqol-bref. A análise permite-nos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas para todas a sub-escalas. Conforme se pode observar no Quadro 2, verificando-se médias mais elevadas na nossa amostra em todos os domínios (quer no grupo que realizou parto normal, quer no que realizou cesariana), em que se obteve uma média significativamente superior à verificada na população estudada na validação, à exceção do domínio “físico”. Estes dados podem dever-se ao fato de parte da amostra do estudo de validação ser uma amostra clínica

**Quadro 2**

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do Whoqol-bref no pré parto*

	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com cesariana		
	M	DP	M	DP	t (64)	M	DP	t (36)
<b>WHOQOL-bref</b>								
D. Físico	77.49	12.27	67.91	14.12	-5.43**	66.07	16.43	-4.17**
D. Psicológico	72.38	13.50	79.36	10.24	5.45**	81.48	11.16	4.90**
D. Relações sociais	70.42	14.54	79.43	12.06	5.98**	79.17	14.57	3.60**
D. Ambiente	64.89	12.54	74.12	12.38	5.97**	76.74	12.28	5.79**
QVD total	71.51	13.30	264.25	35.48	43.46**	266.78	41.91	27.96**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Comparámos também as médias obtidas nesta investigação com os valores obtidos na amostra utilizada na validação da EAGM (Quadro 3).

A amostra utilizada na validação da EAGM, era constituída por trezentas e cinquenta e sete mulheres grávidas, com média de idades de 28,4 anos, sendo que 167 das mulheres eram primíparas.

A análise permite-nos afirmar que as médias das nossas amostras (com parto normal e com cesariana) diferem significativamente das de validação nas seguintes sub-escalas: domínio “filho imaginado” e domínio “gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, sendo que a nossa amostra apresenta valores inferiores.

**Quadro 3**

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação da EAGM*

EAGM	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com cesariana		
	M	DP	M	DP	t (64)	M	DP	t (36)
Filho imaginado	11.56	2.93	9.97	3.21	-3.96**	9.27	3.11	-4.40**
Boa mãe	20.09	3.87	19.22	4.64	-1.50	18.57	4.83	-1.86
Gravidez fator de mudança	12.32	3.47	10.83	3.32	-3.60**	9.91	3.12	-4.55**
Aspetos difíceis da gravidez	23.09	3.72	22.69	4.46	-.72	23.78	3.59	1.15
Relação com a própria mãe	6.48	2.03	6.63	2.57	.45	6.69	3.24	.40
Apoio do companheiro	5.79	1.70	5.66	2.06	-.52	5.61	1.93	-.56
Imagem corporal	8.71	2.34	9.14	1.88	1.83	8.83	2.09	.35

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*\*  $p \leq .01$



Pretendemos avaliar se a sintomatologia psicopatológica das nossas sub-amostras, avaliada pelo BSI, difere da encontrada na população, comparando as médias obtidas no nosso estudo com as obtidas na validação Portuguesa (Quadro 4).

A amostra utilizada na validação do BSI era constituída por dois grupos, o de controlo, composto por 114 homens e 290 mulheres, com grau de instrução correspondente ao secundário, e o grupo clínico, formado por 56 homens e 91 mulheres, com grau de instrução correspondente à escolaridade obrigatória.

A análise permite-nos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas para todos os domínios à exceção dos domínios: "sensibilidade interpessoal", "ansiedade fóbica", "IGS" e "TSP", no pré teste, para a amostra com parto normal. Para a amostra do sub grupo cesariana, existem diferenças estatisticamente significativas para os domínios: "obsessões-compulsões", "depressão", "ansiedade", "hostilidade", "psicoticismo" e "ISP". Os dois sub grupos da nossa amostra apresentam valores superiores em todos os domínios (cf. Quadro 4). Para o sub grupo cesariana, o valor "TSP" apresenta um valor de .46, superior ao ponto de corte, o que poderá ser um indicador de presença provável de psicopatologia.

#### Quadro 4

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do BSI no pré parto*

BSI	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com Cesariana		
	M	DP	M	DP	t (64)	M	DP	t (36)
Somatização	.34	1.49	.49	.53	2.28*	.45	.59	1.12
Obsessões-Compulsões	.41	2.17	.59	.51	2.71**	.76	.78	2.68**
S. Interpessoal	.23	1.69	.27	.41	.75	.32	.40	1.33
Depressão	.17	1.61	.29	.42	2.37*	2.14	3.16	3.73**
Ansiedade	.18	1.71	.45	.47	4.73**	.51	.50	4.03**
Hostilidade	.11	1.68	.44	.42	6.36**	.52	.70	3.46**
Ansiedade Fóbica	.25	1.08	.22	.43	.48	.24	.36	-.01
Ideação Paranóide	.27	1.85	.48	.59	2.71**	.41	.50	1.63
Psicoticismo	.05	1.28	.26	.44	3.82**	.25	.43	2.74**
IGS	.04	1.32	.41	.39	1.18	.45	.45	1.25
ISP	1.18	1.95	1.29	.33	22.30**	1.33	.42	2.20*
TSP	15.27	38.72	15.56	11.23	.21	16.14	11.34	.46

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Comparámos também as médias obtidas no nosso estudo, no pós-parto, com os valores obtidos na amostra utilizada na validação do EPDS (Quadro 5).

A amostra utilizada na validação do EPDS era constituída por 148 mulheres, tinham idades entre 30 e 39 anos e 56,8% da amostra eram primíparas.

A análise permite-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas para o domínio “total” em ambos os tipos de parto, sendo o sub grupo sujeito a parto normal a apresentar valores mais elevados do que a população do estudo de validação e, a cesariana a apresentar valores mais baixos.

#### Quadro 5

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do EPDS*

EPDS	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com Cesariana		
	M	DP	M	DP	t(64)	M	DP	t(36)
Total	12		18.59	3.40	15.50**	5.94	5.40	-6.72**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*\*  $p \leq .01$

Também comparámos os valores por nós obtidos com os valores obtidos na amostra utilizada na validação do QESP (Quadro 6).

A amostra de validação era constituída por trezentas e seis mulheres primíparas e múltíparas, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, 44% das mulheres não possui escolaridade obrigatória e apenas 12,2% possui habilitações ao nível do ensino superior.

A análise permite-nos afirmar que existem várias diferenças estatisticamente significativas entre as médias das nossas sub-amostras e a população de validação. Sendo que, os dois sub grupos da nossa amostra apresentam valores inferiores à amostra do estudo de validação, nos domínios: “condições e cuidados”, “preocupações” e “pós parto”. Ao invés, ambos os sub-grupos apresentam valores superiores ao da amostra do estudo de validação, no domínio “relaxamento”. O sub grupo com parto normal apresenta também valores superiores nos domínios: “experiência negativa”; “suporte”; e “suporte do companheiro”. O sub grupo cesariana apresenta valores inferiores no domínio “experiência positiva” e no “total”. Estas diferenças entre os dois sub grupos, poderão ser justificadas pelo fato da via de parto ir ou não de encontro às suas preferências.

#### Quadro 6

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do QESP*

QESP	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com Cesariana		
	M	DP	M	DP	t (64)	M	DP	t (36)
Condições e cuidados	50.89	8.04	44.02	6.75	-8.15**	40.75	6.14	-9.90**
Experiência positiva	56.98	12.02	59.59	11.15	1.88	50.03	10.27	-4.06**
Experiência negativa	29.17	8.48	42.69	9.06	11.94**	29.94	12.40	.37
Relaxamento	8.15	6.25	14.42	4.07	12.32**	11.69	4.54	4.68**
Suporte	7.59	3.20	8.39	3.17	2.02 *	7.42	2.92	.36
Suporte do companheiro	22.57	6.51	26.66	6.02	5.43**	24.25	6.22	1.62
Preocupações	36.33	8.65	30.84	8.18	-5.37**	32.06	7.00	-3.67**
Pós-parto	76.84	13.01	66.89	7.86	-10.13**	62.94	8.87	-9.40**

Total	288.53	34.57	293.50	24.97	1.59	259.08	32.41	-5.45**
-------	--------	-------	--------	-------	------	--------	-------	---------

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

De igual forma, com o objetivo de continuar a caracterizar a nossa amostra no pós parto, optámos por comparar as médias obtidas na nossa investigação com as médias da amostra utilizada na validação do Whoqol-bref. A análise permite-nos afirmar que os dois sub grupos diferem significativamente da população de validação, ao nível da QDV no pós-parto, em todas as sub-escalas à exceção do domínio “psicológico” nos dois sub grupos. Conforme se pode observar no Quadro 7, verificam-se médias mais elevadas na nossa amostra (quer no grupo que realizou parto normal, quer no que realizou cesariana) para os domínios: “relações sociais” e “QDV total”. Para o sub grupo que realizou cesariana verificam-se médias mais elevadas na nossa amostra também para o domínio “ambiente”. Ao invés, obteve-se obteve-se valores significativamente inferiores à população de validação nos domínios: “físico” e “psicológico” em ambos os sub-grupos. Estas diferenças podem dever-se ao fato da consistência interna encontrada na nossa amostra ser inferior nestas sub escalas.

#### Quadro 7

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do Whoqol-bref no pós parto*

	Estudo de validação		Amostra com parto normal		Amostra com Cesariana		t (64)
	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>WHOQOL-bref</b>							
D. Físico	77.49	12.27	55.02	10.04	52.38	10.42	-14.46**
D. Psicológico	72.38	13.50	71.68	8.82	71.53	6.57	-.78
D. Relações sociais	70.42	14.54	79.04	14.92	77.55	14.75	2.90**
D. Ambiente	64.89	12.54	.01	.00	74.48	11.49	5.01**
QVD total	71.51	13.30	197.83	26.35	240.32	30.37	33.35**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Por último, comparamos as médias referentes à sintomatologia psicopatológica das nossas sub-amostras, no pós-parto, com a encontrada na população normal, obtidas na validação do BSI (Quadro 8). A análise permite-nos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois sub grupos para todos os domínios à exceção dos domínios: “somatização”, “sensibilidade interpessoal”, “ansiedade fóbica”, “ideação paranóide”, “TSP” e “IGS”. Os dois sub grupos da nossa amostra apresentam valores superiores para todos os domínios. Na amostra deste estudo, o sub grupo parto normal era constituído por 64 mulheres e o sub grupo cesariana, por 36 mulheres. Em termos comparativos com outros estudos, e independentemente da via de parto, verifica-se que sintomatologia psicopatológica, nesta fase de vida é superior, à de outros momentos da vida, pois existe uma maior vulnerabilidade psíquica; o nascimento do bebé é uma fase que desperta muitas ansiedades e potenciais sintomas depressivos e a maioria das depressões ocorre durante o período pós-parto.

**Quadro 8**

*Diferenças entre a amostra do estudo e a amostra utilizada na validação do BSI no pós parto*

BSI	Estudo de validação		Amostra com parto normal			Amostra com Cesariana		
	M	DP	M	DP	t (64)	M	DP	t (36)
Somatização	.34	1.49	.42	.49	1.31	.41	.46	.95
Obsessões-Comp.	.41	2.17	.63	.59	2.95**	.73	.66	2.87**
S.Interpessoal	.23	1.69	.32	.52	1.31	.31	.47	.94
Depressão	.17	1.61	.34	.37	2.83**	.41	.51	2.76**
Ansiedade	.18	1.71	.55	.56	5.34**	.66	.42	6.91**
Hostilidade	.11	1.68	.47	.53	5.35**	.56	.44	6.13**
Ans. Fóbica	.25	1.08	.25	.48	.08	.17	.23	-1.90
I. Paranoide	.27	1.85	.40	.56	1.80	.39	.52	1.33
Psicoticismo	.05	1.28	.28	.51	3.51**	.31	.44	3.40**
IGS	.04	1.32	.42	.46	1.20	.45	.45	1.25
ISP	1.18	1.95	1.31	.33	3.25**	1.91	1.15	2.04*
TSP	15.27	38.72	15.44	13.86	.10	16.61	11.47	.70

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

### Instrumentos

Todas as participantes responderam voluntariamente a um questionário de caracterização sócio-demográfica, para além dos seguintes instrumentos de avaliação: WHOQOL-bref; EAGM; e BSI, num primeiro momento (pré-parto), bem como, um questionário clínico e os seguintes instrumentos de avaliação: BSI; EPDS; WHOQOL – bref; QESP, num segundo momento (pós-parto).

#### *Questionário sociodemográfico e Clínico*

O Questionário de Caracterização Sócio-demográfica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, o consumo de substâncias da participante e do companheiro (dados obtidos através das participantes, sendo importante referir que todos os companheiros eram os pais biológicos); dados sobre antecedentes obstétricos, preferências sobre a via de parto, sobre saúde e apoio na gravidez. E num segundo momento, o questionário clínico permitiu recolher dados sobre a paridade; a via de parto realizada, averiguar se a via de parto a que a mulher foi sujeita foi de encontro à sua preferência; saber o tempo de gestação à data do nascimento e o puerpério imediato.

### ***Questionário de qualidade de vida***

O Whoqol-bref é um questionário que avalia a qualidade de vida, foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde e validado para a População Portuguesa por Vaz-Serra e colaboradores (2006). É constituído por 26 itens, sendo a questão 1 e 2 relativas à percepção geral de qualidade de vida e de saúde. As restantes 24 questões representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original e abrangem quatro domínios, nomeadamente: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Todos os itens estão organizados em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos. Quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Apresenta bons índices de consistência interna, quer quando se tem em consideração os 26 itens (.92), quer quando se atende ao conjunto dos domínios (.79) e a cada um dos domínios separadamente (tendo o menor valor o domínio das “Relações Sociais”, .64, e o de valor mais elevado, o domínio “Físico”, .87). Apresenta boa estabilidade temporal, com coeficientes de correlação em cada domínio que varia de .65 a .85 (sendo o Domínio de “Relações Sociais” o que apresenta menor correlação, seguido dos domínios de Ambiente, Físico e Psicológico). Apresenta correlações elevadas com a versão longa do WHOQOL, que variam entre .77 e .86. Este instrumento também revelou características psicométricas adequadas na amostra do presente estudo, com um Alpha de Cronbach de .81 para o total da escala e os seguintes alfas de Chronbach para cada um dos domínios: domínio “Físico”, .48; domínio “Psicológico”, .30; domínio “Relações Sociais”, .53 e domínio “Ambiente”, .83. No entanto, os valores de consistência interna são muito baixos para os domínios: “Físico” e “Psicológico”, o que poderá ter implicações para os resultados obtidos, dado que o instrumento parece não se adequar em todos os domínios à nossa amostra.

### ***Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade***

A EAGM, de Xavier, Paúl, & Sousa, foi construída em 1995. A necessidade de construção da escala foi sentida a partir da constatação da inexistência de instrumentos semelhantes construídos e/ou aferidos para a população portuguesa. O seu objetivo é avaliar as atitudes das mulheres grávidas em relação à própria gravidez, procurando-se deste modo perceber o processo como esta é vivenciada, como contribui para o seu desenvolvimento pessoal e como se integra no seu programa de vida. É constituída por 42 itens, respondidos através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos.

A consistência interna, avaliada pelo índice do Alpha de Cronbach revelou-se adequada, apresentando os seguintes índices para cada uma das sub-escalas: “o bebé imaginado”, .76; “boa mãe”, .72; “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, .75; “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”, .71; “Relação com a própria mãe”, .69 e “Apoio do marido /companheiro”, .68. A sub-escala “imagem corporal e necessidade de dependência” é a que apresenta menor consistência interna (.58). Os resultados da versão original, validada para Portugal, demonstram que este instrumento possui qualidades psicométricas, particularmente em termos de fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade do conteúdo e validade discriminativa (Xavier et al., 1996). Este instrumento também revelou características psicométricas adequadas na amostra do presente estudo, com Alphas de Cronbach: para o total, .86 e, para cada um dos domínios os seguintes índices: “o bebé imaginado”, .85; “boa mãe”, .80; “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, .76; “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”,

.63; “Relação com a própria mãe”, .76; “Apoio do marido /companheiro”, .77 e “imagem corporal e necessidade de dependência”, .39.

### ***Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo***

A EPDS, foi elaborada por Cox., Holden, e Sagovsky, em 1987. Posteriormente foi validada para a população portuguesa por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996). Tem sido usada em vários estudos, tanto durante a gravidez (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, Costa, 2009; Nascimento, Amorim, Primo, & Castro, 2009), como no pós-parto (Figueiredo et al., 2010). Aborda a intensidade de sintomas depressivos no período precedente de sete dias e tem sido utilizada em vários estudos tanto com grávidas como com mulheres no pós-parto (Areias et al, 1996a, Augusto et al., 1996; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006, 2007). As respostas são do tipo *Likert* numa escala de 0 a 3. O resultado final da escala situa-se entre 0 e 30, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será a probabilidade da mulher apresentar depressão pós-parto. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade (Figueiredo et al., 2007). A escala original possui uma sensibilidade e uma especificidade satisfatórias e é sensível às mudanças na severidade da depressão ao longo do tempo (Cox; Holden; Sagovsky, 1987). A consistência interna da versão Portuguesa é boa e apresenta o valor de .84 (coeficiente de *split-half*) e 0,85 (alfa de Cronbach) e a fidelidade teste-reteste de .75 (Figueiredo, 1997). O valor da sensibilidade é de 65% e da especificidade 96% (Areias et al., 1996a). Este instrumento também revelou características psicométricas adequadas na amostra do presente estudo, com um alfa de Cronbach .55 (baixo, comparativamente com o da escala original).

### ***Questionário de experiência e satisfação com o parto***

A versão Portuguesa do QESP de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2004) é um questionário de auto-relato constituído por um total de 104 questões. É constituído por 8 sub-escalas: condições e cuidados prestados; experiência positiva; experiência negativa; relaxamento; suporte; suporte do companheiro; preocupações e pós-parto. O objetivo desta escala é avaliar a experiência de parto da mulher, atendendo às suas expectativas, à satisfação e à dor durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As questões relativas à experiência, satisfação e dor e expectativas são do tipo *Likert*, numa escala que varia entre 1 e 4, à exceção das questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo *Likert*, variam entre 0 e 10. Alguns dos aspetos considerados neste instrumento são: as condições físicas e humanas da instituição; o uso de estratégias de controlo da dor; o sentimento de controlo e nível de auto-confiança; a intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; o apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebé. Este questionário apresenta boas qualidades psicométricas, de consistência interna (alfa de Cronbach = .91; coeficiente de *split-half* = .68) e de fidelidade teste-reteste, .59 (Costa Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2005). Quanto mais elevada a cotação obtida em cada uma das sub-escalas e na escala total, mais positiva a experiência da parturiente. Este instrumento também revelou características psicométricas adequadas na amostra do presente estudo, com um Alfa de Cronbach de .89.

### ***Inventário de sintomas Psicopatológicos***

O BSI, originalmente designado de *Brief Symptom Inventory*, versão Portuguesa aferida por Canavarro (1995), é um inventário de auto resposta constituído por 53 itens, com escala de resposta tipo *Likert* (Canavarro, 1999) e avalia sintomas psicopatológicos. É constituído pelos seguintes nove dimensões e três índices globais: “Somatização”, “Obsessões-Compulsões”, “Sensibilidade Interpessoal”, “Depressão”, “Ansiedade”, “Hostilidade”, “Ansiedade Fóbica”, “Ideação Paranóide”, “Psicoticismo”, “IGS”, “ISP” e “TSP” (Canavarro, 1999). Pode ser aplicado individualmente ou coletivamente (Canavarro, 1999). Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas, deverá somar-se as as cotações de 0 – 4, obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida, deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva. O cálculo dos três índices globais descreve-se em seguida: (1) para o índice geral de sintomas (IGS), soma-se as pontuações de todos os itens e divide-se esse valor pelo número total de resposta; (2) para calcular o total de sintomas positivos (TSP) conta-se o número de itens que foram assinalados com uma resposta positiva e (3) para calcular o índice de sintomas positivos (ISP) somam-se todos os valores de cada item, dividindo depois pelo TSP (Canavarro, 2007). Quanto ao nível da consistência interna, esta escala apresenta bons níveis. Os valores globais das escalas encontram-se entre .70 e .80, à exceção dos valores das escalas “Ansiedade Fóbica” (.62) e “Psicoticismo” (.62), que se apresentam ligeiramente abaixo do intervalo anteriormente referido (Canavarro, 1999). Os valores médios obtidos para a população Portuguesa foram: IGS 0,83+/-0,48; TSP 26,99+/-11,72; ISP 1,56+/-0,38. Este instrumento também revelou características psicométricas adequadas na amostra do presente estudo, com um alfa de Chronbach de .96 para o total e .88 para os domínios.

### **Procedimentos**

Inicialmente este projeto de investigação foi exposto e submetido para apreciação à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João, EPE., onde se obteve autorização. Posteriormente, foi feito o contacto com os autores que traduziram e validaram as escalas para a população adulta Portuguesa, tendo-se obtido autorização para a sua utilização.

O tratamento ético das participantes foi salvaguardado nesta investigação com base nas orientações da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), da American Psychological Association (APA, 2010) e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011).

Na primeira fase foi entregue às participantes o questionário sociodemográfico, a EAGM, o BSI e o WHOQOL-bref. No segundo momento, receberam para preenchimento, o questionário clínico, a EPDS, o BSI; omWHOQOL-bref e o QESP. O tempo habitual de internamento é de dois a cinco dias, conforme a via de parto (normal/cesariana). Cada puerpera, após leitura do consentimento informado, decidia se pretendia participar na investigação. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e explicou-se que não se conheciam quaisquer riscos ou prejuízos para as participantes. Quanto aos benefícios do estudo, esperamos contribuir para um acompanhamento mais adequado da mulher no período pré e pós-natal, sensibilizando para a importância que estes fatores podem ter para o ajustamento

psicológico da mulher. Também se esclareceram eventuais dúvidas. Todas as participantes deram o seu consentimento informado por escrito.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; Versão 20) para o *Windows*. Trata-se de um programa informático de análise de dados, utilizado em ciências sociais e humanas (Maroco, 2003). Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas, correlacionais (correlações de Pearson) e inferenciais. Estabeleceu-se o intervalo de confiança de 95%, e consequentemente o nível de significância estatística de .05, como critério de decisão.

## Resultados

Com o intuito de se avaliar a associação entre o grupo de mulheres que tiveram parto normal e as que tiveram cesariana, no pré-teste, aplicou-se o Teste do qui-quadrado, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, particularmente: quanto à escolaridade,  $\chi^2 (4) = 5.93$ ,  $p = .205$ ; ao grupo etário,  $\chi^2 (22) = 22.79$ ,  $p = .414$ ; à profissão,  $\chi^2 (8) = 8.62$ ,  $p = .375$ ; em relação a problemas psicológicos  $\chi^2 (1) = .180$ ,  $p = .671$ ; quanto a problemas de saúde  $\chi^2 (14) = 14.99$ ,  $p = .379$ ; no planeamento da gravidez  $\chi^2 (2) = .588$ ,  $p = .745$ ; no tempo de gestação  $\chi^2 (4) = 3.66$ ,  $p = .454$ ; na satisfação com a relação do companheiro  $\chi^2 (2) = 3.27$ ,  $p = .195$ ; quanto à paridade  $\chi^2 (1) = .409$ ,  $\chi^2 (1) = .409$ ,  $p = .522$  e na gestação à data do nascimento do bebé  $\chi^2 (5) = .745$ ,  $p = .189$ . Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos no início do estudo somente no que concerne à preferência pela via de parto,  $\chi^2 (1) = 8.33$ ,  $p = .004$ . Desta amostra, 70% preferiam parto normal.

Quanto à via de parto a que foram sujeitas, a maioria das mulheres teve parto normal, 64%, e 36% tiveram cesariana.

Para averiguar se houve evolução do ajustamento psicológico da mulher do pré para o pós parto (nas que fizeram cesariana e nas que tiveram parto normal), utilizamos um test t de Student para amostras emparelhadas com cada um dos sub-grupos amostrais, com recurso ao BSI e ao Whoqol-bref, comparando os resultados do pré para o pós parto.

Verificamos que relativamente à psicopatologia avaliada pelo BSI, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos. No entanto, as mulheres que tiveram parto normal, avaliadas pelo Whoqol-bref apresentam uma melhor qualidade de vida no pós parto, à exceção do domínio “relações sociais”. (cf. Quadro 9).

### Quadro 9

*Evolução do ajustamento psicológico da mulher do pré para o pós-parto no parto normal*

		Pré parto		Pós parto		
		M	DP	M	DP	t (64)
BSI	Somatização	.49	.53	.42	.49	1.15
	Obsessões-Compulsões	.59	.51	.63	.59	-.59
	Sensibilidade Interpessoal	.27	.41	.32	.52	-.78



	Depressão	.29	.42	.34	.47	-.71
	Ansiedade	.45	.47	.55	.56	-1.60
	Hostilidade	.44	.42	.47	.53	-.38
	Ansiedade Fóbica	.22	.43	.25	.48	-.52
	Ideação Paranóide	.48	.59	.40	.56	1.20
	Psicoticismo	.26	.44	.28	.51	-.23
	IGS	.41	.39	.42	.46	-.20
	ISP	1.29	.33	1.31	.33	-.45
	TSP	15.56	11.23	15.44	13.86	.08
<b>WHOQOL</b>	D. Físico	67.91	14.12	55.02	10.04	7.01**
<b>-bref</b>	D. Psicológico	79.36	10.24	71.68	8.82	6.48**
	D. Relações sociais	79.43	12.06	79.04	14.92	.20
	D. Ambiente	74.12	12.38	.01	.00	47.89**
	QVD total	264.25	35.48	197.83	26.35	18.03**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Para o grupo de mulheres cuja via de parto foi a cesariana, verificamos que relativamente à psicopatologia avaliada pelo BSI, se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos, para os domínios: “Somatização”, “Obsessões-Compulsões”, “Ansiedade”, “Hostilidade”, “ISP” e “TSP”. À exceção do domínio “ISP”, os resultados variam no sentido de uma diminuição, do pré para o pós teste. Estes resultados podem dever-se ao fato desta via de parto ir de encontro à sua preferência, de terem mais apoio por parte de pessoas significativas e perspetivarem mais aspetos positivos nesta via de parto. Relativamente ao Whoqol-bref, ambos os grupos diminuíram a qualidade de vida para o pós parto, em todos os domínios. (cf. Quadro 10).

#### Quadro 10

*Evolução do ajustamento psicológico da mulher do pré para o pós-parto na cesariana*

		Pré parto		Pós parto		
		M	DP	M	DP	t (36)
<b>BSI</b>	Somatização	.45	.59	.42	.46	.39**
	Obsessões-Compulsões	.76	.78	.73	.66	.34**
	Sensibilidade Interpessoal	.32	.40	.31	.47	.15
	Depressão	2.14	3.16	.41	.51	3.30
	Ansiedade	.51	.50	.66	.42	-1.75*

	Hostilidade	.52	.70	.56	.44	-.36**
	Ansiedade Fóbica	.24	.36	.17	.23	1.14
	Ideação Paranóide	.41	.50	.39	.52	.21
	Psicoticismo	.25	.43	.31	.44	-.58
	IGS	.45	.45	.45	.45	-.53
	ISP	1.34	.43	1.92	2.15	-1.72**
	TSP	16.14	11.34	16.61	11.47	-.23**
<b>WHOQOL</b>	D. Físico	66.07	16.43	52.38	10.42	5.74**
<b>-bref</b>	D. Psicológico	81.48	11.16	71.53	6.57	5.92**
	D. Relações sociais	79.17	14.57	77.55	14.75	.77**
	D. Ambiente	76.74	12.28	74.48	11.49	1.13**
	QVD total	266.78	41.91	240.32	30.37	4.45**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Para analisar a influência da via de parto no ajustamento psicológico da mulher no pós-parto e na satisfação com o parto, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes. Aplicaram-se as seguintes escalas na avaliação desse ajustamento: BSI, EPDS e WHOQOL-bref. De acordo com a análise dos resultados, constata-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os vias de parto no pós parto (cf. Quadro 11).

#### Quadro 11

*Comparação do ajustamento psicológico no pós-parto, das duas vias de parto, avaliado pelo BSI, EPDS e Whoqol-bref*

		Amostra com parto normal		Amostra com Cesariana		t (100)
		M	DP	M	DP	
<b>BSI</b>	Somatização	.42	.49	.42	.46	.07
	Obsessões-Compulsões	.63	.59	.73	.66	-.75
	Sensibilidade Interpessoal	.32	.52	.31	.47	.10
	Depressão	.34	.47	.41	.51	-.71
	Ansiedade	.55	.56	.66	.42	-.98
	Hostilidade	.47	.53	.56	.44	-.86
	Ansiedade Fóbica	.25	.48	.17	.04	.92
	Ideação Paranóide	.40	.56	.39	.52	.10

	Psicoticismo	.28	.51	.31	.44	-.27
	IGS	.43	.47	.46	.39	-.31
	ISP	1.33	.34	1.45	.43	-1.62
	TSP	15.44	13.86	16.61	11.47	-.43
<b>EPDS</b>	Total	18.59	3.40	18.50	2.91	.14
<b>WHO</b>	D. Físico	55.02	10.04	52.38	10.42	1.25
<b>QOL</b>	D. Psicológico	71.68	8.82	71.53	6.57	.09
<b>-bref</b>	D. Relações sociais	79.04	14.92	77.55	14.75	.48
	D. Ambiente	74.46	14.27	74.48	11.49	-.01
	QVD total	244.42	36.73	240.32	30.37	.57

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student,

Utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes com o objetivo de comparação da satisfação com o parto nos dois sub grupos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em vários domínios (cf. Quadro 12), observando-se que as mulheres do sub grupo parto normal apresentam valores superiores, ao nível de satisfação total com o parto, nos seguintes domínios: “condições e cuidados prestados”; “experiência positiva”; “experiência negativa”; “relaxamento”, “pós-parto” e “QESP total”.

#### Quadro 12

*Comparação dos dois tipos de parto, quanto à Experiência e satisfação com o parto*

QESP	Amostra com parto normal		Amostra com parto Cesariana		
	M	DP	M	DP	T(100)
Condições e cuidados prestados	44.02	6.75	40.75	6.14	2.40*
Experiência positiva	59.59	11.15	50.03	10.27	4.24**
Experiência negativa	42.69	9.05	29.94	12.40	5.89**
Relaxamento	14.42	4.07	11.64	4.57	3.14**
Suporte	8.39	3.17	7.42	2.92	1.52
Suporte do companheiro	26.66	6.02	24.25	6.23	1.90
Preocupações	30.84	8.18	32.06	7.00	-.75
Pós-parto	66.89	7.89	62.94	8.87	2.30*
QESP total	293.50	24.97	259.03	32.51	5.93**

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Com a intenção de se avaliar se a preferência pela via de parto tem influencia no ajustamento psicológico e na satisfação com o parto no pós-parto, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois subgrupos, como se pode constatar no Quadro 13.

**Quadro 13**

*Preferência da via de parto no ajustamento psicológico avaliada pelo BSI, EPDS e WHOQOL-bref*

		parto que preferiam		outro		t (100)
		M	DP	M	DP	
<b>BSI</b>	Somatização	.43	.49	.39	.45	..33
	Obsessões-Compulsões	.67	.64	.64	.53	.23
	Sensibilidade Interpessoal	.33	.52	.27	.43	.49
	Depressão	.37	.51	.33	.41	.34
	Ansiedade	.57	.53	.64	.49	-.56
	Hostilidade	.49	.48	.52	.57	-.25
	Ansiedade Fóbica	.21	.41	.26	.39	-.59
	Ideação Paranóide	.40	.53	.38	.58	.21
	Psicoticismo	.30	.48	.26	.50	.28
	IGS	.44	.44	.44	.42	.02
	ISP	1.36	.40	1.40	.31	.06
	TSP	15.91	13.39	15.72	12.03	-.37
<b>EPDS</b>	Total	18.49	3.39	18.76	2.71	-.36
<b>WHO</b>	D. Físico	54.19	10.57	53.71	9.19	.20
<b>QOL</b>	D. Psicológico	71.61	8.87	71.67	4.96	-.03
<b>-bref</b>	D. Relações sociais	78.56	15.27	78.33	13.61	.07
	D. Ambiente	75.13	14.23	72.50	8.84	.86
	QVD total	243.73	37.59	240.59	23.19	.39

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student

Ao avaliarmos se as mulheres que tiveram o parto que preferiam diferiam das que não tiveram, quanto à satisfação com o parto, verificamos que existem valores estatisticamente significativos na sub escala “experiência positiva”, nas mulheres que tiveram a via de parto escolhida. Os dados das mulheres que tiveram um tipo de parto que não foi de encontro à sua preferência, apresentam valores estatisticamente significativos na sub escala “preocupações”. (cf. Quadro 14).

**Quadro 14***Preferência da via de parto e satisfação com o parto*

QESP	parto que preferiam		outro		t (64)
	M	DP	M	DP	
Condições e cuidados prestados	43.49	6.68	40.88	6.47	1.71
Experiência positiva	57.85	11.82	51.04	10.01	2.59**
Experiência negativa	37.77	11.83	30.08	12.75	-.47
Relaxamento	13.27	4.84	13.88	2.98	-.60
Suporte	8.13	3.13	7.76	3.07	.52
Suporte do companheiro	25.80	5.98	25.76	6.85	.03
Preocupações	30.39	7.39	33.96	8.37	-2.03*
Pós-parto	65.20	7.75	66.28	10.25	-.55
QESP total	281.91	30.93	278.64	36.88	.44

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de student, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ 

Para verificar a ligação do ajustamento psicológico no pós parto à satisfação com o parto, utilizamos uma correlação de Pearson entre o BSI, o Whoqol-bref e a EPDS, com o QESP. Constatou-se que o domínio “preocupações” da QESP se correlaciona positivamente com todos os domínios do BSI e negativamente com o domínio “total” do EPDS. Este resultado poderá dever-se ao fato da sintomatologia psicopatológica estar relacionada com a satisfação com o parto. O domínio “pós parto” da QESP correlaciona-se positivamente com os domínios: “somatização”, “obsessões compulsões” e “IGS” do BSI. O domínio “experiência positiva” da QESP correlaciona-se negativamente com os domínios: “somatização”, “obsessões compulsões”, “ansiedade”; “hostilidade”, “ansiedade fóbica”, “IGS”, “ISP” e “TSP” do BSI e positivamente com os domínios: “psicológico”, “ambiente” e “QDV total” do Whoqol-bref. O domínio “relaxamento” da QESP, correlaciona-se negativamente com os domínios: “ansiedade” e “ISP” do BSI. O domínio “suporte” da QESP correlaciona-se positivamente com o domínio “físico” do Whoqol-bref.

O domínio “suporte do companheiro” da QESP correlaciona-se positivamente com os domínios: “ambiente”, “relações sociais” e “QDV total” do Whoqol-bref e, “total” da EPDS. O domínio “condições e cuidados prestados” da QESP, correlaciona-se negativamente com o domínio: “ansiedade fóbica” do BSI e positivamente com os domínios: “psicológico”, “ambiente” e “QDV total” do Whoqol-bref (cf. Quadro 15). Estes resultados sugerem que a percepção de um suporte efetivo proporcionado por familiares próximos, reflete-se numa melhor QDV, apesar de ser uma fase em que se verificam sintomas depressivos. A percepção de condições e cuidados prestados, efetivos, diminui os sintomas psicopatológicos e proporciona melhor QDV

**Quadro 15***Correlação entre o BSI; o WHOQOL-bref, a EPDS e a QESP*

		QESP						
		Preocu pações	Pós parto	Exp <sup>a</sup> positi va	Relaxa mento	Suporte	Suporte Compa nheiro	Condições e cuidados prestados
<b>BSI</b>	Somatização	.51**	.32**	-.25*				
	O. compulsões	.36**	.25*	-.22*				
	S. Interpessoal	.30**						
	Depressão	.33**						
	Ansiedade	.44**		-.34**	-.24*			
	Hostilidade	.28**		-.25*				
	Ans. Fóbica	.32**		-.21*				-.24*
	Id.Paranóide	.28**						
	Psicoticismo	.30**						
	IGS	.41**	.21*	-.25*				
	ISP	.36**		-.23*	-.34**			
	TSP	.39**		-.24*				
<b>WH</b>	Físico					.20*		
<b>QOL</b>	Psicológico			.22*				.20*
<b>-bref</b>	R. sociais					.28**		
	Ambiente			.30**		.29**		.28**
	QDV total			.23*		.32**		.23*
<b>EPDS</b>	Total	-.25*				.23*		

Nota, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ 

Pretendemos estudar a associação entre as atitudes em relação à gravidez e à maternidade e o ajustamento psicológico no pós-parto e a satisfação com o parto. Os resultados sugerem-nos que o domínio “filho imaginado” da EAGM se correlaciona negativamente com o domínio “ISP” do BSI. O domínio “boa mãe” da EAGM correlaciona-se negativamente com o domínio “pós parto” da QESP. O domínio “gravidez como fator de mudança e crescimento” da EAGM correlaciona-se positivamente com o domínio “condições e cuidados prestados” e negativamente com os domínios: “preocupações” e “pós parto”, da QESP. O domínio “aspetos difíceis da gravidez e da maternidade” da EAGM correlaciona-se positivamente

com o EPDS total; e negativamente com os domínios: “hostilidade”, “ideação paranoide”, “psicoticismo”, “TSP” e “IGS” do BSI e, “experiência negativa” e “pós parto” da QESP. O domínio “relação com a própria mãe” correlaciona-se positivamente com todos os domínios do BSI à exceção dos domínios: “somatização”, “ansiedade fóbica”; “psicoticismo” e “ISP” do BSI e, negativamente com os domínios: “relações sociais” e “físico” do Whoqol-bref e “total” do EPDS . O domínio “apoio do marido/companheiro” correlaciona-se negativamente com os domínios: “relações sociais” do Whoqol e com os domínios: “suporte do companheiro” e “preocupações” da QESP (cf. Quadro 16).

#### Quadro 16

*Correlação entre a EAGM, com a EPDS, o BSI, o WHOQOL e a QESP*

		EAGM					
		Filho imagi nado	Boa mãe	Gravidez fator de mudança e Crescimen to	Aspetos difíceis da gravidez	Relaçã o com a própria mãe	Suporte marido/ compa nheiro
EPDS	Total				.25*	-.26	
BSI	Somatização						
	O. compulsões					.30**	
	Sens. Interpessoal					.28**	
	Depressão					.26**	
	Ansiedade					.28**	
	Hostilidade				-.24*	.28**	
	Ansiedade fóbica						
	Id. Paranoide				-.25*	.26**	
	Psicoticismo				-.20*		
	IGS				-.22*	.27**	
ISP		-.20*					
TSP				-.23*	.20*		
WHO	Físico					-.22*	
QOL	Psicológico						
-bref	Relações sociais					-.21*	-.21*
	Ambiente						
	QDV total						
QESP	C. cuidados prestados			.20*			
	Exp <sup>a</sup> positiva						
	Exp <sup>a</sup> negativa				-.23*		
	Relaxamento						
	Suporte						

Suporte companheiro				-.36**
Preocupações		-.20*		-.23*
Pós parto	-.28**	-.24*	-.23*	
Total				

---

Nota: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Com o objetivo de estudar a relação da escolaridade com o ajustamento psicológico no pós-parto, utilizamos uma Anova. Constatamos que se verificaram diferenças entre os grupos de diferentes níveis de escolaridade quanto ao domínio de “ansiedade Fóbica” do BSI e os domínios “psicológico”, “ambiente” e “QDV total” do WHOQOL-bref. Sendo de observar que o grupo que apresenta médias visivelmente superiores de “ansiedade fóbica” e visivelmente inferiores no domínio “psicológico”, “ambiente” e “QDV total” é o grupo das participantes que possuíam habilitações literárias ao nível do 5º e 6º ano.



# **Quadro 17**

*A escolaridade no ajustamento psicológico no pós parto*

		5º-6º ano (N=8)		7º-9º ano (N=19)		10º- 12º ano (N=27)		Estudos universitários (N=30)		Formação pós graduada (N=16)		F
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>EPDS</b>	Total	18.25	3.45	17.84	3.86	18.74	3.32	18.20	3.10	19.94	2.05	1.11
<b>BSI</b>	Somatização	.66	.61	.34	.25	.52	.59	.35	.46	.37	.45	1.18
	O. Compulsões	.54	.72	.52	.39	.84	.66	.67	.66	.59	.60	.95
	S. Interpessoal	.38	.58	.41	.39	.38	.63	.26	.51	.14	.27	.85
	Depressão	.54	.58	.39	.27	.40	.67	.33	.45	.23	.32	.65
	Ansiedade	.67	.53	.60	.50	.61	.51	.62	.61	.59	.52	.38
	Hostilidade	.60	.73	.55	.40	.55	.50	.47	.54	.35	.42	.56
	A. fóbica	.68	.71	.14	.20	.21	.34	.20	.38	.16	.46	3.03*
	I. Paranóide	.58	.74	.52	.50	.47	.65	.31	.50	.19	.26	1.38
	Psicoticismo	.53	.56	.32	.33	.31	.63	.28	.50	.11	.21	1.03
	IGS	.59	.60	.43	.26	.51	.52	.41	.46	.32	.31	.72
	TSP	22.38	20.05	17.74	9.57	17.11	13.59	13.87	13.50	12.00	9.63	1.20
	ISP	1.30	.26	1.27	.26	1.49	.47	1.39	.39	1.30	.32	1.20
<b>WHO</b>	Físico	54.46	8.27	54.89	9.46	54.37	9.47	52.62	12.65	55.13	8.75	.92
<b>QOL</b>	Psicológico	63.54	11.30	73.90	10.38	71.91	5.49	70.28	7.32	75.00	5.05	3.68**
<b>-bref</b>	R. sociais	70.83	18.37	82.02	15.78	78.40	12.50	76.11	13.44	82.81	17.07	1.36
	Ambiente	62.50	12.39	72.86	15.38	74.88	10.24	74.06	12.93	82.42	12.44	3.46**
	QDV total	216.67	39.58	247.76	42.15	243.80	23.48	237.57	32.37	259.01	35.61	2.44*

M= média, DP=desvio padrão, F de Anova, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Com a finalidade de investigar o efeito da paridade (primíparas e múltiparas) no ajustamento psicológico no pós-parto, utilizamos um teste t de Student para amostras independentes. Constatamos que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sub grupos (cf. Quadro 18).

#### Quadro 18

##### *A paridade no ajustamento psicológico no pós parto*

		Primíparas (N=43)		Múltiparas (N=57)		
		M	DP	M	DP	t
<b>EPDS</b>	Total	18.14	3.62	18.88	2.88	-1.14
<b>BSI</b>	Somatização	.45	.54	.40	.44	.61
	O. Compulsões	.74	.70	.61	.55	1.01
	S. Interpessoal	.34	.50	.29	.50	.43
	Depressão	.36	.47	.36	.50	.05
	Ansiedade	.63	.55	.56	.49	.64
	Hostilidade	.53	.54	.47	.46	.64
	A. fóbica	.21	.42	.22	.40	-.17
	I. Paranóide	.42	.58	.38	.52	.44
	Psicoticismo	.34	.55	.25	.43	1.00
	IGS	.47	.48	.42	.41	.28
	TSP	16.72	13.38	15.21	12.80	.57
	ISP	1.39	.38	1.36	.38	.27
<b>WHOQOL</b>	Físico	54.65	9.53	53.63	10.75	.49
<b>-bref</b>	Psicológico	71.03	8.95	72.08	7.34	-.64
	Relações sociais	80.04	13.99	77.34	15.41	.90
	Ambiente	75.36	13.30	73.79	13.53	.58
	QDV total	245.27	30.85	241.20	37.15	.58

M= média, DP=desvio padrão, t= Teste t de Student

Com a intenção de avaliar o efeito da relação com o companheiro com os níveis: “muito”, “razoável” e “nada”, no ajustamento psicológico no pós-parto, utilizamos uma Anova. Podemos observar que se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de relação no domínio “ideação paranoide” do BSI (cf. Quadro 19).

**Quadro 19***Efeito da relação com o companheiro no ajustamento psicológico*

		Níveis: Muito		Razoável		Nada		
		M	DP	M	DP	M	DP	F
<b>EPDS</b>	Total	18.62	3.17	18.75	3.59	12.00	.00	2.15
<b>BSI</b>	Somatização	.43	.48	.39	.54	.00	.00	.39
	O. Compulsões	.67	.63	.50	.24	.50	.00	.19
	S. Interpessoal	.32	.51	.25	.20	.25	.00	.04
	Depressão	.36	.49	.42	.40	.50	.00	.07
	Ansiedade	.59	.52	.58	.40	.33	.00	.12
	Hostilidade	.49	.51	.60	.28	.80	.00	.27
	A. fóbica	.23	.41	.20	.28	.00	.00	.16
	I. Paranóide	.37	.52	.75	.55	1.80	.00	4.67*
	Psicoticismo	.28	.49	.30	.26	1.20	.00	.81
	IGS	.44	.45	.46	.28	.57	.00	.05
	TSP	15.66	13.17	19.75	11.24	19.00	.00	.22
	ISP	1.38	.38	1.21	.09	1.58	.00	.53
<b>WHOQOL</b>	Físico	54.10	10.34	54.46	8.93	50.00	.00	.08
<b>-bref</b>	Psicológico	71.75	8.09	70.83	7.61	62.50	.00	.67
	Relações sociais	78.86	14.88	72.92	14.23	66.67	.00	.63
	Ambiente	74.64	13.41	75.78	4.69	53.13	.00	1.33
	QDV total	243.61	34.77	238.46	25.35	198.36	.00	.89

M= média, DP=desvio padrão, F de Anova, \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ **Discussão**

A amostra do estudo possuía dois grupos bastante equivalentes entre eles, em relação às variáveis sociodemográficas, diferindo à partida somente em relação à preferência da via de parto.

Com o objetivo de caracterizar e estudar a nossa amostra, optámos por comparar as médias obtidas na nossa investigação com as médias da população de validação Portuguesa de cada um dos instrumentos utilizados no estudo das nossas variáveis (Whoqol-bref, pré e pós-parto; EAGM; BSI, pré e pós-parto; QESP e EPDS). Há a referir que estas amostras se apresentavam logo no pré-parto com mais psicopatologia do que a população normal, ainda que com melhor QDV. Estes resultados apoiam a investigação prévia, no sentido que a proximidade do parto é justificada e compreendida pelo acréscimo significativo de ansiedade (Conde & Figueiredo, 2003).

Através desta análise também foi possível concluir que no pós-parto as participantes com parto normal apresentavam-se deprimidas e as participantes que tiveram cesariana com menos sintomatologia do que a população utilizada na validação do BSI. Também se pode verificar que as participantes se mostram

significativamente mais satisfeitas com o parto do que a população normal, à exceção das participantes com cesariana, que percebem menos o parto como uma experiência positiva. Pode-se ainda verificar que a amostra apresenta globalmente menor QDV no pós-teste do que a população normal, em ambos os grupos à exceção do domínio “relações sociais”(provavelmente por estarem em recuperação do parto), mas melhor “QDV total” nos dois sub grupos. O sub grupo cesariana, também apresenta melhor QDV no domínio “ambiente”.

Prosseguimos com a análise dos dados deste estudo de modo a verificar se existe uma evolução do ajustamento psicológico da mulher do pré para o pós parto (nas participantes com parto via cesariana e via parto normal). Constatamos que as mulheres que fazem parte dos dois sub grupos, apresentam uma diminuição da qualidade de vida no pós parto, exceto no domínio “relações sociais”, avaliado pelo Whoqol-bref. Estes resultados, em parte vão de encontro aos estudos de Abedian e colaboradores ( 2010) e Nikpour e colaboradores (2011) que após avaliação (Whoqol-bref), de mulheres sujeitas a parto normal e a cesariana, num período de duas e oito semanas, após o parto, verificaram. Que as mulheres sujeitas a parto normal apresentavam níveis mais elevados de QDV, no domínio “psicológico”, mas as diferenças não foram significativas para o domínio “relações sociais”em ambos os tipos de parto. Também existem estudos que comparam a QDV entre três vias de parto (normal, cesariana eletiva, e cesariana de emergência), os resultados sugerem que as mulheres sujeitas ao parto normal apresentam maior QDV em termos físicos, mas a QDV relacionada com a saúde mental foi semelhante nos três grupos (Jansen et al, 2007).

Com o objetivo de avaliar a influência da via de parto no ajustamento psicológico da mulher no pós-parto e na satisfação com o parto, constatamos que as mulheres do sub grupo parto normal apresentam valores superiores, ao nível de satisfação total com o parto, nos domínios: “condições e cuidados prestados”; “experiência positiva”; “experiência negativa”; “relaxamento”, “pós-parto” e “QESP total”. Estes resultados vão de encontro à literatura encontrada. O estudo realizado por Dunn e O’Herlihy (2005), cujo objectivo consistiu em comparar os níveis de satisfação entre mulheres que tiveram um parto normal após terem tido um parto por cesariana, com mulheres que experienciaram a situação oposta (parto através de cesariana depois de um parto por via vaginal), permitiu concluir que existe uma elevada satisfação nas parturientes que tiveram parto normal. Referem também que as mulheres que vivenciaram os dois tipos de parto, preferem o parto normal e referem que numa gravidez posterior optariam por este último.

O terceiro objetivo desta investigação consistiu em avaliar se a preferência pela via de parto tem influência no ajustamento psicológico no pós-parto e na satisfação com o parto, não se tendo verificado diferenças quanto ao ajustamento psicológico entre os sub grupos. No entanto, o ter tido o parto pela via pretendida mostra ter influência na satisfação com o parto, sobretudo no domínio “preocupações”da QESP. Verifica-se ainda que quanto maiores são os valores do domínio “experiência positiva” melhor a satisfação com o parto, e quanto menores são os valores do domínio “preocupações”, maior a satisfação com o parto. De acordo com estes resultados, a literatura refere que o fato do parto não ir de encontro à preferência das mulheres, vai frustrar as suas expectativas, o que para além de ser um acontecimento inesperado, é difícil de lidar (Gamble & Creedy, 2001). De facto, as expectativas estão relacionadas com a qualidade da experiência do parto, verificando-se que a sua não concretização se encontra associada a uma experiência menos satisfatória, condicionando o bem-estar no pós-parto e constituindo-se um fator de risco na transição para a maternidade

(Meleis, 2010). Ou seja, as diferenças entre as expectativas e a experiência vivida podem afetar os sentimentos da mulher, conduzindo a sentimentos de culpa, depressão e mesmo de trauma em relação à experiência vivida (Maggione et al., 2006; Simkin, 2006; MaCLEan et al., 2000). Também é referido no estudo de Green, Kitzinger, & Coupland (1990) que as expectativas não cumpridas podem mesmo ser a causa de uma depressão pós-parto e interfere com o estado psicológico da mulher após o parto. No presente estudo a maior parte das mulheres preferiam o parto vaginal. Também existem estudos que atendendo às preferências das mulheres relativamente ao tipo de parto, se verifica que a grande maioria demonstra preferência por um parto vaginal, o que se verifica ser também uma realidade para as mulheres que já tiveram um parto através de cesariana (Penna & Arulkumaran, 2003). Ainda associado à preferência das vias de parto, convém referir, que alguns estudos demonstram que a maioria das parturientes prefere o parto normal, sendo que a maioria das grávidas é motivada pelo desejo de um parto mais “natural” e fisiológico, contrariando desta forma as mulheres que preferem o parto por cesariana, que, por sua vez, é justificado pelo medo do parto vaginal (Figueiredo et al. 2010; Iorra et al. (2011). Também Costa, e colaboradores (2003b) realizam um estudo com o objectivo de, explorar a influência do tipo de parto na experiência de parto da mulher e constataram que a experiência da mulher é significativamente mais positiva quando o parto é eutócico em relação à cesariana, nomeadamente ao nível da confirmação de expectativas prévias, sentimentos, satisfação com a experiência, etc.

Com o intuito de estudar a relação da escolaridade com o ajustamento psicológico no pós-parto, constatamos que as participantes que possuíam baixos níveis de habilitações literárias (do 5º ao 6º ano) apresentavam níveis mais elevados de ansiedade fóbica e pior QDV psicológica, relacionada com o ambiente e QDV total. Estes dados são comprovados pelo estudo de Carvalho (2006), que refere que quanto maior o nível de estudos, maior é a capacidade da mulher para enfrentar os acontecimentos negativos, estabelecendo assim um processo lógico sem procurar formas de fugir à realidade para evitar um acontecimento que lhe possa provocar algum *stress*. Autores como Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, (2004); demonstram que o nível de psicopatologia materna aumenta à medida que diminuem as habilitações literárias.

Outro objectivo desta investigação consistiu em analisar o efeito da paridade e da relação com o companheiro no ajustamento psicológico no pós-parto. Verificamos que a paridade parece não ser um fator determinante no ajustamento psicológico no pós-parto. No entanto o estudo de Figueiredo (2001) refere que nos primeiros seis meses após o parto, as alterações psicológicas na mulher são superiores às de outros momentos da vida, sendo as primíparas as que têm cerca de duas vezes mais probabilidades de desenvolverem perturbações psicológicas do que as múltíparas. Sendo assim, sugere que se continue a estudar o efeito da variabilidade em estudos futuros, para clarificar esta relação.

O suporte por parte do companheiro parece contribuir para a satisfação com o parto. Isto é verificado em vários estudos que referem que as mulheres que tem maior suporte social beneficiam de um melhor ajustamento emocional, com menor ansiedade, menos sintomas depressivos e menor sensibilidade ao *stress*, funcionando o apoio social como fator de proteção para perturbações psicopatológicas no pós-parto (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002; Figueiredo, 2005a; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006). Os resultados do estudo de Paiva e Figueiredo (2005) também referem que a qualidade das relações interpessoais e o apoio por parte de pessoas significativas em períodos da vida mais vulneráveis à descompensação psicopatológica, como é o caso da gravidez e a transição para a parentalidade, têm extrema importância no contributo para o

bem-estar da mulher. Outros autores também constataram que o suporte emocional por parte de figuras significativas contribui para uma melhor experiência emocional de parto (Cranley et al., 1983; Marut & Mercer, 1979).

Por último, pensamos poder concluir que esta investigação foi propícia para o enriquecimento da instituição onde a desenvolvemos bem como de outras instituições com prática obstétrica, pois poderá deste modo possibilitar o colmatar de lacunas existentes. Através do conhecimento de que, ter tido o parto pela via pretendida parece ter influência na satisfação com o parto, pois em termos de implicações clínicas, será mais difícil a recuperação no período pós parto, o bem estar e a comodidade da mãe e do filho podem estar ameaçados, bem como a perspectiva de uma próxima gravidez. Além disso, estes dados são importantes na medida em que dão conta das diferentes necessidades de ajuda que as grávidas podem ter em diferentes momentos da gravidez, possibilitando adequar o apoio psicológico às suas preocupações, dificuldades e processos desenvolvimentais, o que pode favorecer o aumento do bem-estar e a vivência da gravidez, do parto e pós-parto, proporcionando-lhes uma melhor QDV.

O conhecimento das expectativas em relação ao parto permitirá encontrar estratégias de intervenção com o objetivo de ajudar durante a gravidez, as mulheres a prepararem-se para o trabalho de parto e para o parto. Deste modo, quanto ao resultado acima referido, seria pertinente o acompanhamento psicológico das mulheres durante esta fase da vida, de modo a conhecer as suas expectativas, adequar as expectativas à sua realidade em termos físicos e médicos e intervir de modo a facilitar este processo. A intervenção teria como objetivo um melhor ajustamento emocional, melhor ligação afetiva entre mãe e filho e consequente QDV.

Dado o impacto que a experiência de parto tem no posterior ajustamento psicológico da mulher, a avaliação da forma como a mulher vivenciou o parto, pode facultar aos profissionais de saúde a indicação da necessidade de medidas de prevenção de potenciais dificuldades de ajustamento psicológico decorrentes de uma má experiência de parto. Torna-se pois importante a presença do Psicólogo em situações de internamento de uma grávida, sobretudo quando a esta se encontra vulnerável e não tem recursos internos suficientes para se confrontar com a situação.

Com a realização deste estudo pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados realizados às mulheres durante o trabalho de parto visando a vivência de uma experiência mais positiva e satisfatória do mesmo. Deste modo seria pertinente o acompanhamento psicológico durante a gravidez, dando prioridade às mulheres com antecedentes psicopatológicos e com perspectivas de parto que não sejam a pretendida.

Como sugestões para estudos futuros, propõe-se o estudo de variáveis de personalidade, de modo a verificar se a personalidade é um fator que contribui para o ajustamento psicológico da mulher. O estudo do estado de ansiedade no pré-parto também seria importante para clarificar se tem influência no ajustamento psicológico no pré e pós-parto. Verificar se a ansiedade poderá ser um preditor da satisfação com o parto.

Como limitação refere-se o facto de grande parte das participantes ter formação universitária ou pós graduada, o que pode ter enviesado os resultados, no sentido de conhecerem alguns dos questionários aplicados no presente estudo e o facto do nível de psicopatologia materna diminuir à medida que aumentam as habilitações literárias.

### Referências bibliográficas:

- Abedian Z, et al. (2010). Evaluation of Relationship between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. *Obstetrics, Gynaecology and infertility*, 13:47- 53 (in Persia).
- Akyn, B., Ege, E., Kocodlu, D., Demiroren, N., & Yylmaz, S. (2009). Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *Journal Obstetric Gynecologic Research*, 35, 86–93.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª edição). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington (DC): American Psychological Association.
- Anderson, G. M. (2004). Making sense of rising caesarean section rates. *British Medical Journal*, 329, 696-697.
- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quilan, A., Daly, I. E. (1996a). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 36-41.
- Association of Reproductive Health Professionals (2006). Postpartum counseling. Format at [www.arhp.org/guide](http://www.arhp.org/guide)
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26 (1), 135-41.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics Gynecology*, 107, 186–195.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia de Vetor Editora*, 71 (1), 39-48.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50 (5): 275-285.
- Boyce P. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian population. *Archives Women's Mental Health*, 6 (2), S43–S50 10.1007/s00737-003-0005-9
- Brazelton, T. B. (1981). *On becoming a father*. New York, Delacort Press.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34.
- Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107, 1194– 201.
- Campos, I. (2004). *Sistematização das indicações para cesariana*. Porto: Hospital de São João, Serviço de Obstetrícia.
- Canavarro, M. C. (1999). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI*. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. III, pp. 305-331.
- Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal*. In Simões, M.; Machado, C.; Gonçalves, M.; & Almeida, L. (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa, 3, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, P. (2006). Gravidez e Risco Psicopatológico. *Tese de Mestrado em Psicologia Clínica*. Departamento de Psicologia e Educação. Universidade da Beira Interior.
- Cheng, C. Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*, 18, 267–280.
- Clay, E. C. & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 97(2), 157-161.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 381-398.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). “Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós parto”. *Psicologia da Saúde e das Doenças*, 8(1), 49-66. Recovered from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36280104>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Tipo de Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psicologia Saúde & Doença*, 4, 47-67.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003b). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 26 (6), 265-306.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2005b). Questionário de experiência e satisfação com o parto. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 5(2), 159-187.
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-165.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N. & Moraes, P. R. (2002). Depressão pos-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(2), 63-71.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786
- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- Crowe, K., & von Baeyer, C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16(2), 59-63.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khalife, S. (2006). Healthrelated quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health* Vol., 9, 95-102.



- Dannenbring, D., Stevens, M. J. & House, A. E. (1997), "Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction". *Journal of Behavioural Medicine*, 20 (2), 127-42.
- Dias, M. A. B., Domingues, R. M. S. M., Pereira, A. P. E., Fonseca, S. C., Gama, S. G. N., Theme Filha, M. M., Bittencourt, S. D. A., Rocha, P. M. M., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: Estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5), 1521-1534.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., et al. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15, 303-314.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). Ministério da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa.
- Dunn, E. A., & O'Herlihy, C. (2005). Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after cesarean section and cesarean section after previous vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 121, 56-60.
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran Midwifery. *Midwifery*, 30, (2), 227-233. doi:10.1016/j.midw.2013.08.011
- Figueiredo, B. (2001). Depressão pos parto: considerações a proposito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22 (3), 329-339.
- Figueiredo, B. (2005a). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebé?. In I., Leal (Coord.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002) Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (20), 203-217.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Tipo de parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 36 (6), 265-306.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psychologica*, 11(1), 3-25.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R., (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives Womens Mental Health*, 10, 103-109.
- Figueiredo, N. S. V., Barbosa, M. C. A., Silva, T. A. S., Passarini, T. M., Lana, B. N., & Barreto, J. (2010). Factores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU. *Revista Juiz de Fora*, 36 (4), 296-306.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "Whoqol-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2001). Women's preference for a cesarean section: Incidence and associated factors. *Birth*, 28(2), 101-110.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25, 247-255.

- Gorman, L.; O'Hara, M.; Figueiredo, B.; Hayes, S.; Jaquemain, F.; Klier, C.; Rosi, S.; Seneviratne, G.; Sutter-Dallay A-L.; (2004). Tcs-Pnd Group. - Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV disorder for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184 (46): 18-25.
- Green, J. M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: Findings from a large prospective study. *Birth*, 20, 65-72.
- Green, J. M., Kitzinger, J. V., & Coupland, V. A. (1990). Stereotypes of childbearing women: A look at some evidence. *Midwifery*, 6(3), 125-132.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-247.
- Hammoudeh, W., Mataria, A., Wick, L., & Giacaman, R. (2009). In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 9 (2), 123-32.
- Hatem, M., Fraser, W., & Lepire, E. (2005). Postpartum urinary and anal incontinence: a population-based study of quality of life of primiparous women in Quebec. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 27, 682-8.
- Hofmeyr, G. J., Mathai, M., Shah, A. N., & Novikova, N. (2008). Techniques for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD004662.
- Houston, K. A., Anjali J. Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Gregorich, S. E., Yee, L. M., Kuppermann, M. (2014). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 212 (2), 229. doi: [http:// dx.doi.org /10.1016/j.ajog.2014.09.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.002)
- Iorra, M. R. K., Namba, A., Spillerre, R. G., Nader, S. S., & Nader, P. J. H. (2011). Aspectos relacionados à preferência pela via de parto. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 55 (3), 260-268.
- Isserlis, C., Dallay-Sutter, A., Dugnat, M., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Toulouse: éditions érès
- Jansen, A. J., Duvekot, J. J., Hop, W. C., Essink-Bot, M. L., Beckers, E. A., Karsdrop, V. H., Scherjon, S. A., Steegers, E. A., & van Rhenen, D. J. (2007). New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 579-584.
- Jansen, A. J. G., Essink-Bot, M. L., Duvekot, J. J., van Rhenen, D. J. (2007). Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 275-281.
- Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdrop VH, Scherjon SA, Steegers EA, van Rhenen DJ(2007): New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstetric Gynecologica Scandinavica*, 86:579-584.
- Kabakian-Khasholian, T., Champbell, O., Shediak-Rizkallah, M., & Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: Satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine*, 51, 103-113.
- Kao, Bi-Chin; Gau, Meei-Ling; Wu, Shian-Feng; Kuo, Bih-Jaw; Lee, Tsorng-Yeh. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*, 12 (3): 191-201

- Kasai, K.E. et al. (2008). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2008.08.001.
- Katschnig, H., Krautgartner, M., Schrank, B. & Angermeyer, M. C. (2006). Quality of Life in Depression. In Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. *Quality of Life in Mental Disorders* (2Ed). Chichester: John Wiley & Sons, 129-140.
- Kaur, J. & Kaur, K. (2012). Obstetric complications: Primiparity Vs. Multiparity. *European Journal of Experimental Biology*, 2(5), 1462-1468.
- Keinan, G & Stevan E. Hobfoll, S. E. (1989). Stress, Dependency, and Social Support: Who Benefits from Husband's Presence in Delivery? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 1, 32-44
- Klaus, M. & Kennell, J. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta ediatrica*, 86 (10), 1034–1036. doi: 10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lamarca, G. A., Leal, M., C., Leao, A. T., Sheiham, A., Vettore, M. V. (2012). Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:5. Doi: 10.1186/1477-7525-10-5
- Lauer-Williams, J. (2001). Postpartum depression: A phenomenological exploration of the woman's experience. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (4-B), 2064.
- Lee, S.Y., & Lee, K. A. (2007). Early Postpartum Sleep and Fatigue for Mothers After Cesarean Delivery Compared With Vaginal Delivery An Exploratory Study. *The journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 21(2), 109–113.
- Lo, J., Osterweil, P., Li, H., Mori, T., Eden, K. B., & Guise, J. M. (2010). Quality of life in women with postpartum anal incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 115, 809–14. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d4160d.
- Lobel, M., & DeLuca. R. S., (2007). Psychosocial squeals of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64, (11), 2272. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.028
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2): 247-254.
- Lowdermilk, D. (2008). *Trabalho de parto e nascimento*. In Lowdermilk, D.; Perry, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lusodidacta.
- Machado, M. H. (2005). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral In: Graça LM, coord. *Medicina Materno-Fetal: Fundamentos e Prática Clínica*. 3ª Ed. Lisboa: Lidel.
- Maclean, L.; McDermott, M.; May, C. (2000). Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(2): 153-162.
- McLeod, J. (1999) A narrative social constructionist approach to therapeutic empathy. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 377-394.

- Maggioni, et al. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (2): 81-90.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marut, J.S. & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28 (5), 260-266.
- Melchiori, L. E., Maia, A. C. B., Bredariolli, R. N., & Hory, R. I. (2009). Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação em Psicologia*, 13 (1), 13-23.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific. *Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York, ISBN: 978-0-8261- 0535-6.
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editores
- Mosallam, M., Rizk, D. E., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2004) Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 269 (3), 181-187.
- Nascimento, S. R. C., Amorim, M. H. C., Primo, C. C., & Castro, D. S. (2009). Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11, 18-19.
- National Institute of Health (NIH), (2007). *State-of-the-Science Conference Statement on Prevention of Fecal and Urinary Incontinence in Adults*. Disponível em: <http://consensus.nih.gov/incontinence.htm>.
- Nikpour M, et al. (2011). Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *Journal Babol University of Medicine Science*;13:44-50.
- O'Hara, M.W.; Swain, A.M. ( 1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1): 37-54.
- Oliveira, et al. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5): 667-74.
- Omoro, S. A., Fann, J. R., Weymuller, E. A., Macharia, I. M., & Yueh, B. (2006). Swahili translation and validation of the Patient Health Questionnaire-9 depression scale in the Kenyan head and neck cancer patient population. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 36(3), 367-81. Disponível em: <http://consensus.nih.gov/incontinence.htm>.
- Oweis, Arwa, Abushaikha. A., Lubna. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10: 264-271.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2).
- Pang, M. W., Leung, T. N, Lau, T. K., & Hang Chung, T. K. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35 (2), 121-128.
- Penna, L., & Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and obstetrics*, 82, 399-409.
- Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização*. Análise de dados para as ciências sociais e psicologia (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, J. D., Silva, A. K. B., & Carvalho Júnior, J. V. (2011). Natural childbirth x cesarean sections: Choice or necessity? *Journal of Nursing UFPE*, 5 (4), 1000-1006.

- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2012). Planeamento da gravidez na adaptação à transição para a maternidade de grávidas infectadas pelo VIH. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 106-114.
- Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Peñarrubia, M. T., Blanco, E., & Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *Journal General of International Medicine*, 20(8), 738-42.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (2) : 237-42. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rizk, D. E., Nasser, M., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2001). Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine*, 29, 298-307.
- Santos, S. C. & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: aspetos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciência e Medicina de Campinas*, 12 (3), 261-268.
- Saurel-Cubizolles, M. J.; Romito, P.; Lelong, N.; Ancel, P. Y. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British journal of Obstetrics & Gynecology*, 107, 1202 –9.
- Scott-Hayes, G. (1982). The experience of perinatal and its relation to attitudes to pregnancy and childbirth. In N. Beail & J. McGuire. (Eds.) *Fathers: Psychological Perspectives*. London: Junction Books.
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., et al. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal Child Health Journal*, 13, 577–87.
- Silva, D. (2003). O inventário de estado-traço de ansiedade - S.T.A.I. In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Simkin, P. (2006). The Experience of Maternity in a Woman's Life. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25 (3), 247–252. doi: 10.1111/j.1552-6909.1996.tb02432.x,
- Siqueira, R., Martins, R. & Peixoto, H. (2012). Opiniões de estudantes de enfermagem sobre preferências pela via do parto. *Revista enfermagem UFPE*, 6 (1), 69-75.
- Soet, Johanna; Brack, Gregory A.; Dilorio, Colleen. (2003). Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*, 30 (1): 26-46.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142-148.

- The Whoqol Group: The world Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 1995, 41(10), 1403-1409.
- Thompson, A. & Bukowski, R. (2007). Puerperium. In A., Evans (Coord.). *Manual of Obstetrics* (7<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. & Albuquerque, E. (2013). Preliminary validation study of a Portuguese version of the patient health questionnaire (phq-9). *European Psychiatry*, 28 (1). doi:10.1016/S0924-9338(13)76982-7
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Wik, H. S.; Enden, T. R.; Jacobsen, A. F.; Sandset, P. M. (2011). Long-term quality of life after pregnancy-related deep vein thrombosis and the influence of socioeconomic factors and comorbidity. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 9, 1931–6.
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23, 392–403.
- Who, Unicef e Unfpa, (2003). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by Who, Unicef & Unfpa*. Who, Geneva.
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284(23): 3043-3045.
- Wright, J. B., Wright, A. L., Simpson, N. A., Bryce, F. C. (2001). A survey of trainee obstetrician's preferences for childbirth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 97(1), 1723-5.
- Xavier, M. R. & Paúl, M.C. (1996). *Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade*. L.S. Almeida, S. Araújo, C. Machado & M.R. Simões (Eds.), Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Zubaran, C., Foresti, K. (2011). Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women Birth*, 24, 10–6.